№ 9. Warszawa, Wrzesień 1929 r. Rok XXV.

PRZEGLĄD FELCZERSKI

OFICJALNY ORGAN CENTR. ZWIĄZKU FELCZERÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ.

Skrzywienie kręgosłupa.

Ileż to razy spotykamy na ulicy pokręconego we wszystkich kierunkach kalekę z trudem zachowującego równowagę tułowia, iluż garbusów przecina naszą drogę. Przeważnie ogarnia nas na ich widok uczucie litości, czasem nieludzkiej odrazy; czy jednak zdajemy sobie sprawę, że prawie wszystko to są ofiary opieki z lat dziecięcych, że gdyby leczono te kalectwa za młodu nie byłoby ich absolutnie, lub w stopniu tak minimalnym, że nie zwracałyby ludzkiej uwagi.

Słusznie rzekł profesor ortopedji Ireneusz Wierzejewski z Poznania, że tak popularne w ustach oglądającego krzywe dziecko powiedzenie „to wyrośnie" nie powinno wyjść z ust nowoczesnego lekarza.

Trzy są wogóle pochodzenia skrzywień kręgosłupa: 1) krzywicze, 2) gruźlicze i 3) przyrodzone.

Skrzywienia krzywicze i przyrodzone bywają boczne i w płaszczyźnie strzałkowej (najczęściej tylne), skrzywienia gruźlicze — wyłącznie tylne.

Ścisła djagnoza charakteru skrzywienia, zwłaszcza wykluczenie lub stwierdzenie tła gruźliczego ma kolosalne znaczenie dla życia chorego. Traktowanie lecznicze skrzywień krzywicznych i przyrodzonych z jednej strony a gruźliczych z drugiej strony jest tak biegunowo różne, że błąd rozpoznawczy lekarza może się srodze zemścić na pacjencie.

Całe szczęście, że najczęściej sprawa nie jest tak trudna. Ogólne wywiady co do chorób płucnych w rodzinie, u samego pacjenta, jego stałe stany podgorączkowe, asteniczny wygląd, brak apetytu, zbadanie płuc już mogą nasunąć podejrzenia w kierunku gruźlicy. Samo skrzywienie kręgosłupa gruźlicze występuje w charakterze skrzywienia tylnego — kyphosis, które już w wieku dziecka nieco starszego wykrystalizowuje się w postaci wyraźnego garbu ostro zakończonego.

Skrzywieniom krzywiczym kręgosłupa towarzyszą najczęściej inne zmiany krzywicze jak: późne zarastanie ciemiączka, późne i nieprawidłowe wyrzynanie się zębów, guzy czołowe, kurza lub szewcka klatka piersiowa, bruzda Harrissona, różaniec krzywiczy na połączeniach kości z chrząstką w żebrach pałąkowate kończyny w postaci „O" lub „X".

Również wywiady, które informują o niepodawaniu dziecku w pierwszym roku życia soków owocowych i jarzyn, o niewynoszeniu go na słońce mogą myśl w stronę krzywicy skierować.

Samo skrzywienie krzywicze rzadko kiedy jest jednorodne przeważnie przedstawia postać wielokierunkową, nawet w swych postaciach niezbyt wyraźnie zaznaczonych.

Zazwyczaj skrzywieniu prawostronnemu w górnym odcinku kręgosłupa odpowiada skrzywienie lewostronne wyrównawcze, ew. skrzywieniu tylnemu, wyrównanie ku przodowi, lub nawet jednocześnie i na boki.

Skrzywienia krzywicze tylne nie są nigdy ostro zakończonemi garbami lecz tworzą okrągły zarys pleców. Jakież będzie traktowanie lecznicze tych obu grup. Piszę obu, gdyż skrzywienie przyrodzone leczymy tak samo jak krzywicze.

Skrzywienie gruźlicze.

Leczenie musi być przedewszystkiem ogólne według norm utartych we wszystkich sprawach gruźliczych, a więc: hygiena mieszkania i ogólna — dobre, a nawet forsowne odżywianie, dobre warunki klimatyczne, słońce, podawanie preparatów wzmacniających i odżywczych.

Z dziedzin leczenia ogólnego wskazanego przy gruźlicy kości postawić należy na wysokim poziomie leczenie kąpielowe w zdrojowiskach, zwłaszcza solankami jodowo bromowemi Ciechocinka, Rabki, Druskienik, lub siarczano słonemi Buska.

Prócz tego jednak musimy działać również miejscowo.

Naczelną zasadą w leczeniu gruźliczych skrzywień kręgosłupa jak i wogóle w leczeniu gruźlicy kości jest *unieruchomienie.*

Drażnione ciągłym ruchem ognisko gruźlicze w kręgach mogłoby rozsiać drogą krwi prątki i jady gruźlicze po całym ustroju powodując uogólnienie choroby i w olbrzymiej większości przypadków zejście niepomyślne.

Jeżeli zaś unieruchomimy chory odcinek możemy otrzymać pożądane zwapnienie ogniska, które może pociągnąć za sobą zesztywnienie danej części kręgosłupa, jednak z dwojga złego wolimy to niż gruźlicę rozsianą.

Do unieruchomienia służą nam tak proste przyrządy jak nagipsowane bandaże. Wykonywujemy t. zwane *łóżeczko gipsowe.* Następnym radykalnym już zabiegiem jest wkroczenie chirurgiczno-operacyjne. Stosuje się w tych przypadkach t. zw. operację Albeego.

Skrzywienia krzywicze.

(W dziale tym omawiam jednocześnie leczenie skrzywień innego pochodzenia prócz gruźliczych).

O ile w poprzednim dziale jak ognia wystrzegaliśmy się ruchu o tyle tutaj zalecamy go w jaknajwiększych dawkach.

Wprawdzie i w krzywiczych skrzywieniach gipsujemy i każemy nosić gorsety lecz są to w danym wypadku zabiegi nie unieruchamiające lecz ustalające.

W przerwach między gipsowaniem i przy zdejmowaniu gorsetu forsownie stosujemy masaż i gimnastykę leczniczą na odpowiednich przyrządach.

Przyrządy te polegają na wyciąganiu i przyginaniu, a tem samem wyprostowywaniu kręgosłupa za pomocą ćwiczeń i ruchu. Najtypowsze z nich to podwieszanie z pelotami bocznemi uciskającemi w stronę przeciwną wypukłość skrzywienia, ew. bez pelot, o ile mamy do czvnienia ze skrzywieniem do tyłu, lub bocznem nieznacznego stopnia; dalej idzie deska pochyła z przytrzymaniem pod pachami, stolik z wałkiem do leżenia oraz cała kolekcja przyrządów do przeginania tułowia w dowolnych kierunkach i t. p.

Ćwiczenia i noszenie gorsetów należy stosować nadzwyczaj cierpliwie, gdyż raz skrzvwiony kręgosłup ma ciągłą tendencję do ponownych deformacyj. Leczenie to trzeba prowadzić z uporem do pełnej dojrzałości, czasem powyżej lat 20, czyli do czasu, kiedy kości zyskają już należytą siłę.

Do zakładów gimnastyki leczniczej zgłaszają się często pacjenci 18-letni a nawet znacznie starsi z prośbą o wyprostowanie ich znacznie zdeformowanego kręgosłupa. Oczywiście, że tu już ortopedja jest bezsilna. Leczenie skrzywień kręgosłupa należy zaczynać od wczesnego dzieciństwa. Już poduszka niemowlęcia jest jego pierwszym gorsetem leczniczym. Nie należy zaniedbać ani jednego miesiąca, gdyż zemści się to w postaci kosztów lat kuracji często nawet bezskutecznej.

Kończąc swe wywody raz jeszcze zwrócę uwagę na ważność trafnej djagnozy. Sprawa ta przedstawia największe trudności w pierwszych latach niemowlęctwa i dzieciństwa, w latach 3, 4 życia przeważnie charakter skrzywienia wykrystalizowuje się jaśniej. Jeżeli jednak zwrócimy uwagę nietylko na samo skrzywienie lecz na ogólne badania i wywiady wówczas sądzę, że pomyłki będą bardzo rzadkie.

Ceha.

Nowe metody leczenia guzów krwawniczych.

Popularne cierpienie t. zw. hemoroidy sprawiające tyle dolegliwości ich posiadaczom, że na ich temat prócz naukowej powstała cała mniej lub więcej wesoła literatura satyryczna, sprawiają równie wiele kłopotów lekarzom i wszystkim zajmującym się leczeniem.

Sprawa jak zwykle polega na tem, że do lekarza zgłaszają się późne stadja, lub odwrotnie tak wczesne, że pacjent nie zwraca jeszcze uwagi, nie lokalizuje bólów w kiszce prostej i przychodząc do lekarza opowiada o obstrukcji i o różnych innych dolegliwościach ogólnych. Lekarz zapisuje również jakiś środek ogólnie działający, a guzy w odbytnicy rozwijają się spokojnie nadal.

Kto tu ponosi winę? Oczywiście leczący. Gdyż w każdym wypadku gdzie chory podaje skargi ze strony przewodu pokarmowego, mogące nasunąć myśl o zchorzeniu jego dolnych odcinków należy zbadać odbytnicę.

Badanie to (nie mówię o wymagającej specjalnych przyrządów rectoscopji i wziernikowaniu kiszki stolcowej) jest tak łatwe, tak dostępne w najtrudniejszych ambulatoryjnych warunkach, że tylko dziwnemu uprzedzeniu co do „krępującego" charakteru zabiegu należy chyba przypisać jego zaniedbywanie.

Badanie palcem i badanie okiem zapomocą nawet ad hoc skonstruowanych wzierników pozwolą na zorjentowanie się w stosunkach panujących w odbytnicy, określą nam stan śluzówki, obecność guzów, pęknięć, wybroczyn, twardych raniących mas kałowych i t. p.

Palec gumowy za 10 groszy może nabyć każdy, nawet w większej ilości, wziernik możemy użyć nawet zwykły nosowy, który już dziś posiada każde ambulatorjum.

Przez dokładne i częste badanie odbytnicy unikniemy zaniedbania całego szeregu przypadków, które zgłaszają się jako już rozpaczliwe, gdzie przychodzi do rozłożenia bezradnego rąk i stwierdzenia naszej bezsilności.

W artykule niniejszym poruszyć mamy sprawę leczenia guzów krwawniczych a zwłaszcza nowszych zdobywających sobie prawo obywatelstwa metod.

Na niedawno odbytym w Ciechocinku kursie lekarskim wybitny chirurg Doc. Wojciechowski z Warszawy omawiał bardzo szczegółowo ten ciekawy i tak żywotny temat.

Istnieją dwa wielkie działy leczenia guzów krwawniczych: miejscowe i ogólne. Według Doc. Wojciechowskiego zawsze nawet przy radykalniejszych metodach jedno winno wspomagać drugie, nawet przy zdecydowanej operacji chirurgicznej należy stosować przygotowawcze leczenie ogólne.

Znanym oddawna metodom leczniczym jak czopki, maści, kąpiele, natryski, nasiadówki o różnej temperaturze nie można odmówić ich wielkiej wartości, jednak wartość ich jest przejściowa, są to środki obniżające procesy zapalne, doskonale działające w okresach silnych obostrzeń lecz nieusuwające guzów.

W wielu uzdrowiskach obserwowano przy stosowaniu intensywnej hydroterapji, głównie w postaci nasiadówek i dolnych natrysków prawie całkowite wyleczenie, to znaczy ustąpienie natychmiastowe przykrych objawów, pacjenci ci jednak co parę lat musieli powtarzać kurację gdyż następowały ponowne nawroty cierpienia.

Nie będziemy mówić o zabiegu operacyjnym, gdyż jest on znaną i uznaną metodą leczenia radykalnego guzów krwawniczych. Wspomnę tylko o istnieniu metody elektrokoagulacyjnej, gdyż jest to metoda wymagająca dużej aparatury, leżenia pacjenta, ochrony następowej odbytnicy tak jak po operacji, wobec czego pomimo bardzo dobrych wyników nie nadaje się ona w praktyce ambulatoryjnej.

Pragnę podać opis metody, która w Ameryce od wielu lat uzyskała prawo obywatelstwa, a która w Europie po okresie nihilizmu znów po wraca do głosu.

Już oddawna zwracano uwagę na pewne analogje żylaków z guzami krwawniczemi, byli nawet tacy, którzy nazywali hemoroidy — żylakami odbytnicy. Aczkolwiek nie są to twory analogiczne co do swej budowy i samej istoty zjawiska chorobowego jednak liczne podobieństwa spowodowały, że z chwilą gdy ustaliło się leczenie żylaków zastrzykami zaczęto ponownie próbować tych metod w leczeniu guzów krwawniczych. Po wypróbowaniu szeregu środków jako materjału do zastrzyków zatrzymano się obecnie na dwuchlorku mocznika chininy (chininum bimuriatico carbamidatum).

Technika zabiegu jest następująca:

Po wprowadzeniu wziernika przez ten ostatni wprowadza się strzykawkę z 3 — 5 cm. 5% rozczynu dwuchlorku mocznika — chininy i przekłuwa cienką igiełką śluzówkę powyżej guza wprowadzając płyn ściśle między śluzówkę a podśluzówkę.

Odstępy między zastrzykami wynoszą 8 — 10 dni. Zastrzyki należy powtarzać od 10 — 12 razy. Zaletą ich jest to, że pacjent po godzinnym odpoczynku w ambulatorjum może sam iść do domu, a nazajutrz udać się do pracy.

Oczywiście niema nic pod słońcem bez ale i ten środek ma pewne działanie uboczne.

Zasadniczym celem zastrzyków jest wywołanie zakrzepu w guzie, lub blizny uciskającej guz. W podanej metodzie to drugie zjawisko ma mieć miejsce.

Powstaje blizna, która uciska guz i powoduje jego zanik.

Jednak prócz tego celowego efektu powstaje jeszcze mniej lub więcej rozległe obumarcie śluzówki. Obumarcie to nie jest jednak rzeczą tak groźną, żeby mogło spowodować zarzucenie metody.

Walczyć z niem możemy przez pędzlowanie środkami przyspieszającemi restitutio naprzykład karbolową fuksyną.

Niektórzy chirurdzy zagraniczni mają już obfitą własną statystykę, która przemawia na korzyść tej metody. Z naszych chirurgów Doc. Dr. Wojciechowski miał również bardzo dobre wyniki na dość licznym materjale.

Metodę tę winni przejąć praktycy, niekoniecznie chirurdzy, rozproszeni po ambulatorjach całej Polski, a wówczas osiągnąwszy w statystyce kilka tysięcy przypadków będziemy mogli wysunąć ostateczne wnioski co do jej wartości. *Dr.*

Referaty z czasopism.

H. J. GRUNBERG. **Wpływ świeżych owoców na czynność wydzielniczą żołądka.** (Arch. f. Verd, Krank, h. Tom 44 Nr. 1/2.

Badania były przeprowadzane na psach według sposobu Pawłowa, t. zn. z wytworzeniem t. zw. „małego" żołądka.

Jeżeli przyjąć wydzielanie 200 cm^3 za przeciętne, to wszystkie zbadane przez autorów owoce dałyby się podzielić na 2 grupy: pobudzające oraz hamujące wydzielanie żołądkowe.

Do pierwszej grupy — pobudzających wydzielanie — należą: 1) melony zwykłe, 2) melony ananasowe, 3) czarne winogrona, 4) pomarańcze, 5) brzoskwinie, 6) wiśnie, 7) gruszki, 8) wodne melony, 9) śliwki czarne, 10) truskawki, 11) jabłka.

Do grupy drugiej — hamujących wydzielanie — należą: 1) czereśnie, 2) agrest zielony, 3) czerwony agrest, 4) śliwki francuskie, 5) białe winogrona, 6) morele, 7) maliny.

Po owocach pierwszej grupy następuje po krótkim czasie wydzielanie soku, zawierającego sporo kwasu solnego, lecz mało fermentów.

Wydzielanie po owocach grupy drugiej następuje znacznie później, przyczem głównie wydziela się śluz, kwasota jest mała, natomiast fermentów jest dość dużo.

Niezawsze widuje się równoległość pomiędzy ilością soku, jego kwaśnością oraz ilością fermentów.

B. Goldstein.

N. WESTHUES. **O klinice polipów jelita grubego.** (Ther. d. Gegenwart N. 9 z r. 1928).

Autor, jako uczeń Schmiedena, trzyma się jego podziału polipów na 3 grupy.

Pierwsza obejmuje polipy łagodne, wychodzące z bujania przerosłych fałd śluzówki.

Grupa druga jest pośrednia pomiędzy pierwszą łagodną a ostatnią—złośliwą. Początkowo podobne są do polipów grupy pierwszej, rosną jednak dłużej, dochodzą do wielkości jabłka, są uszypułowane, powierzchnia jest pokryta brózdami. Raki powstające na tle tych polipów, należą do typu kalafiorowatych i wystają do światła jelita.

Grupa trzecia: obejmuje polipy złośliwe, mało lub wcale nie uszypułowane. Powierzchnia—szaro czerwonawa. Dochodzą tylko do wielkości fasoli, gdyż już w tym okresie zwyradniają się złośliwie. Występują przeważnie w liczbie mnogiej i zazwyczaj są napotykane przez chirurgów podczas operacji raka w jego sąsiedztwie. Raki, powstające z nich należą do grupy płaskich, wrzodziejących.

Co do etjologji, to zdaje się być rzeczą pewną, że dziedziczność odgrywa tu dużą rolę, natomiast czynnik zakaźny jest nie do pomyślenia. Natomiast sprawy zapalno-nieżytowe przygotowują grunt dla późniejszego powstawania polipów, przez bujanie śluzówki jelita.

Zresztą, czynnik ten jest równowartościowy z takiem, jak bodźce chemiczne i mechaniczne.

Co do objawów to pojedyńcze polipy dają się naogół mało we znaki. Nieznaczne rowki na spieczonym kale lub pasemka krwi są pierwszą oznaką cierpienia. Pacjent myśli o guzkach krwawicznych, lekarz poprawia to przypuszczenie o tyle, że mówi o guzkach wewnętrznych. Nawet przy badaniu ręcznem odbytnicy niezawsze udaje się wymacać takiego polipa, gdyż jest on miękki i wymyka się podczas obmacywania.

W wypadkach polipowatości rozlanej chory bywa leczony na przewlekłą postać czerwonki. To objaśnia też, dlaczego czerwonka bywa tak często wykrywana w wywiadach chorych na polipy jelitowe.

Gdzie tylko można, należy używać badania rektroskopowego, lecz i tu nietrudno przeoczyć drobnego, płaskiego polipa. Podczas takiego badania należy szczególnie uważać na kolor polipa i jego kształt. Polipy jasnego zabarwienia i o długiej szypule są łagodne, ciemne i płaskie — złośliwe. Takie owrzodziałe guzki są przeważnie złośliwe. Twardość szypuły jest również pewnym sprawdzianem o tyle, że w wypadkach nacieczenia złośliwego szypuła jest bardzo twarda, i samo obcięcie polipa już nie wystarcza.

W przypadkach niewyraźnych należy zawsze uciec się do wycięcia kawałka celem zbadania drobnowidzowego. Należy nawet dla pewności wyciąć 2—3 kawałki z rozmaitych miejsc guzka, gdyż to powiększa znakomicie szanse znalezienia bujania nowotworowego. To sa_

mo dotyczy polipów mnogich, w tym wypadku należy szczególnie się zająć najmniejszemi, które mogłyby należeć do grupy trzeciej.

Co do leczenia, to każdy bez wyjątku przypadek polipa winien być operowany. Jest to najskuteczniejszy sposób zapobiegania powstawania nowotworów złośliwych.

Polipy o długich szypułach niezwyrodniałe, złośliwe, można usunąć żegadłem lub w sposób podobny — nie wracają one nigdy. Jeżeli zaś polip siedzi bardzo wysoko należy uciec się do otwarcia brzucha i jelita.

Płaskie polipy mają wielką skłonność do nawrotów, o ile nie usunie się z niemi odnośnej części ściany jelita. Toteż w wypadkach rozsianych polipów wypada usunąć zupełnie dany odcinek jelita. Nie należy nigdy poprzestać na samem tylko spaleniu polipów — mści się to później na chorym.

Trzeba pamiętać, że wszystkie niemal raki jelita grubego powstają na tle polipów.

Przy operowaniu rakowatych guzów należy usunąć możliwie dokładnie wszystkie nawet najdrobniejsze polipy, gdyż większość t. zw. nawrotów raka powstaje właśnie z tych drobnych, niebacznie pozostawionych guzków.

Leczenie przypadków rozsianych jest, niestety, mało skuteczne. Najlepiej byłoby usunąć nawet całe jelito grube (znane są przypadki wyleczenia w ten sposób). Atoli przebieg choroby jest taki, że zarówno chory, jak i lekarz nie mogą się zdecydować na tak duży zabieg, i pacjent ginie z powodu upływu krwi lub zwyrodnienia rakowatego.

B. G.

T. SIMONIN. **Rażenie prądu o sile 12.000 wolt.** Annales de med. légale. 1927.).

Pewien elektrotechnik został rażony prądem o sile 12.000 wolt; jako przewodnik służyły: ręka prawa, którą chwycił się on za drut przewodowy, oraz kij żelazny, oparty jednym końcem o brzuch zmarłego drugim o podłogę. Denat na czas krótki stracił przytomność, którą wkrótce częściowo odzyskał, tętno było drobne i przyspieszone, wystąpił spadek ciepłoty i ciśnienia krwi, oddech był powierzchowny. Wkrótce po wypadku chory zmarł; na sekcji zwłok znleziono: przebicie i opalenie powłok ściany brzusznej, przekrwienie krezki, sieci i jelit, kilkakrotne przebicie jelit, 210 cm. sześciennych krwi w jamie brzusznej. Na podstawie powyżej przytoczonych zmian autor przyszedł do wniosku, że denat zmarł wskutek wchłonięcia do ustroju przez otrzewną produktów elektrolizy.

A. Piotrowski.

RENOUX. **Śmierć nagła po urazie.** (Annales de Medecine Légale N. 6 1928 r.)

Pewien młodzieniec po grze w fotball skarżył się na mroczki w oczach i światłowstręt. Przy badaniu nie stwierdzono żadnych zaburzeń i zmian nerwowych z wyjątkim lekkich zaburzeń w odruchach ścięgnowych; badanie dna oka oraz

odruchów źrenicznych również zaburzeń nie wykazało. W 14—15 godzin po grze w nocy osobnik zmarł; przed śmiercią wymiotował. Na sekcji stwierdzono wylew krwawy do tkanki podskórnej i do mięśni w okolicy potylicy. Uszkodzeń powłok skórnych i kości nie stwierdzono W komorze IV znaleziono skrzep krwi; płyn mózgowo-rdzeniowy lekko krwawy. Autor tłomaczy w danym wypadku powstanie wylewu krwawego, jako skutek urazu, który spowodował powoli występujący wylew i to było przyczyną, że śmierć nastąpiła w kilka godzin po urazie.

S. Manczarski.

ZIEMKE. **Smierć wskutek rzucenia się do wody ze znacznej wysokości, (Przyczynek do psychologji samobójstw).** (D. Zeitsch. f. d. ges. gerichtl. Med. Bd. 12.)

Autor zastanawia się nad pytaniem, dlaczego samobójcy wybierają czasami tak niewygodny sposób pozbawienia się życia, jak rzucenie się z wysokiego mostu lub wieży, na które trzeba wejść, nieraz zużyć w tym celu dużo sił i energji, gdy, zdawałoby się, łatwiej w celu samobójstwa możnaby było wybrać jakiś inny sposób. Autor uważa, że przedewszystkiem może wchodzi tu w grę naśladownictwo, moda i t. p. gdyż czasami w ten sam sposób popełniane samobójstwa nieraz następują szybko po sobie. W innych przypadkach może tu być pobudką błędne zresztą mniemanie, że taki sposób samobójstwa jest pewny i niezawodny; zdarza się jednak nieraz, że denata udaje się wyratować; pozatem istnieje wśród ludu przekonanie, że przy upadku ze znacznej wysokości ciśnienie powietrza powoduje szybką utratę przytomności, i po upadku do wody nie odczuwa się męki konania. W innych razach — przekonanie, że ten rodzaj śmierci jest połączony ze szczególnie przyjemnemi sensacjami może niektóre osoby pobudzić do jego użycia. Wreszcie wybór rzucenia się do wody z dużej wysokości w celu samobójczym może mieć swe źródło w urojeniach umysłowo-chorego osobnika.

W. Grzywo-Dąbrowski.

A. COLLOMB. **Oczopląs dowolny.** (Annales d'Oculistique czerwca 1928).

Autor, wezwany do chorego, uskarżającego się na powikłania po przebytej grypie, stwierdził, co następuje: na obydwuch oczach, wybitna żółtaczka i wynaczynienia na spojówkach gałkowych. Chory przytem podaje, że może dowolnie wykonywać różne ruchy gałek ocznych. I rzeczywiście, przy patrzeniu chorego wprost przed siebie, autor stwierdza bardzo szybki oczopląs w kierunku poziomym; drgania są równe, bardzo krótkie, przeszło 200 na minutę. Drgania są bardziej lub mniej widoczne w zależności od ustawienia gałek. Najbardziej są uwidocznione w ustawieniu zbieżnem gałek, przy zwrocie w bok, oczopląs prawie znika. Oczopląs w danym przypadku tworzy się zawsze w obu oczach, nawet przy zamkniętej powiece poznajemy

go po drganiu gałki. Stan narządów wzroku bez zmian V = 1 Em. Brat starszy chorego dotknięty jest takiem samem schorzeniem. Autor podaje 17 podobnych przypadków oczopląsu zebranych z piśmiennictwa.

P zypadek autora jest jeszcze z tego względu ciekawy, iż jest pierwszym przypadkiem oczopląsu dowolnego, spotykanym u kilku członków rodziny. Oczopląs dowolny ma pewne słabe objawy: kierunek poziomy, nie jest zależny od wady wzroku, we wszystkich przypadkach bowiem refrakcja była normalna. Przedmioty widziane podlegają tym samym przemieszczeniom w przestrzeni, co i gałka oczna.

We wszystkich tych przypadkach, oczopląs wyżej opisany według autora, ma swe źródło w ośrodkowym układzie nerwowym. Jest on spowodowany nadmiernym aktem woli danego osobnika i pozostawia po sobie uczucie zmęczenia, ból, przyczem towarzyszyć mu mogą inne skurcze, jak rozszerzenie szczeliny powiekowej, mioza, zniekształcenie źrenicy i zmiany akomodacyjne.

Elżbieta Bermanówna.

KISKALT. **W sprawie etjologij grypy**. (D. M. W. Nr. 16).

W regularnem występowaniu grypy na wiosnę, a ściślej mówiąc z początkiem każdego roku do kwietn a, autor dopatruje się specjalnego usposobienia w kierunku tej choroby.

Nie mniej jednak b. ważną rzeczą jest zapobieganie. Rozwojowi choroby sprzyjają dni deszczowe, odwilż, mokra odzież, przemoczone obuwie, pończochy.

Przypuszczenie o wzrastającej jadowitości zarazka, co ma powodować pandemiczne występowanie choroby z późniejszem osłabieniem jego jadowitości nie jest dostatecznie uzasadnione.

Bakterje Pfeifra są jedynie saprofitami, gdyż nie znajduje się ich nigdy na początku pandemji.

St. Luxenburg.

MADSEN. **Rozpoznanie i zapobieganie w Koklusz u**. (D. M. W. Nr. 14)

Koklusz jest chorobą, która powoduje niezmiernie wiele przypadków śmiertelnych, a w Danji w ostatniej epidemji nawet więcej, niż błonica, płonica i odra razem.

W instytucie duńskim Meyer i Chiewitz, zapomocą specjalnej techniki, w b. wielu przypadkach niejasnych napadów kaszlu mogli wyświetlić sprawę chorobową. Bakterje znajdywano nie później, niż w 5—6 tygodniu choroby.

Przeprowadzone szczepienia w czasie epidemji ustaliły, iż absolutne uodpornienie nie udaje się, natomiast zauważono, że natężenie procesu chorobowego w poszczególnych przypadkach było słabsze, i mniej liczne występowały komplikacje (zapalenie płuc). Szczepienie odnosi najlepsze skutki, o ile zostanie przeprowadzone przed wybuchem epidemji lub conajwyżej w stadjum zakatarzenia.

Stosowano szczepionkę w ilościach 0,5 — 0,7 — 1.0 cm.³ 1,0 cm.³

zawierał 10000 bakteryj) w przerwach 3 — 4 dniowych.

St. Luxenburg.

SPRINGBORN i GOTTSCHALK. **Jod i choroba Basedowa.** (Dtsch. Arch. Klin Med. T. 161. 1928).

Autorzy stosowali jod w 52 przypadkach zaburzeń czynności tarczycy (31 przypedków t. zw. Vollbasedow i 21 *thyreotoxicois*). Działanie lecznicze jodu zależy od szeregu czynników, a więc od własności osobniczych pacjenta, od kraju w jakim się chory urodził i znajduje, od postaci zaburzeń wewnątrzwydzielniczych.

Między pełnym obrazem choroby Basedowa i *thyreotoxicois* jest ta różnica, że w ostatnim brak jest wytrzeszczu, wola, zaś przemiana podstawowa wzmożona jest tylko o 15 — 30%, podczas gdy w t. zw, Vollbasedow przemiana ta wzrasta do 40 — 100%. Dalsza różnica polega na działaniu jodu, który w *thyreotoxicosis* nie działa, to zn. nie obniża przemiany podstawowej i nie zwalnia akcji serca, podczas gdy w t. zw. Vollbasedow to działanie lecznicze jodu jest b. wybitne i idzie w parze z przybytkiem na wadze.

Autorzy radzą stosować kurację jodową przed każdą operacją Basedową, gdyż obniżenie przemiany podstawowej daje lepsze szanse wyleczenia i zmniejsza śmiertelność pooperacyjną.

Stosuje się: 5% jodek potasu, od 3× dziennie po 3 krople do 3×15 kropel (Neisser) lub też *Jodi puri 0.1. Natri jodoli 1.0. Aq. destil 10.0* w ciągu 10 dni po 15 kropel dziennie a następnie 5 dni przerwy.

R—t.

N. CABOT. **O leczeniu kamieni pęcherzowych.** (J. A M. Tom 91, N. 25 r. 1928).

Omawiając sprawę leczenia kamieni pęcherzowych, autor dzieli je na dwie grupy: niepowikłanych i powikłanych t. j. takich, w których obok kamieni istnieją jeszcze inne zmiany.

W przypadkach kamieni powikłanych należy wyłączyć sprawy, wychodzące z gruczołu krokowego, oraz sprawy uchyłkowe, w których należy leczyć sprawę pierwotną. Podobnie należy postąpić w przypadkach nowotworu. Pozostaje więc kwestja samego kamienia. Kamienie pęcherzowe mogę być leczone dwiema metodami; usunięcie kamieni przez cięcie pęcherza, lub tez zmiażdżenie ich wewnątrz pęcherzowe, czyli tak zwane litolapaksja.

Ta ostatnia metoda jest zdaniem autora o wiele korzystniejsza dla chorego, mniej uciążliwa, o mniejszych urazach i o krótszej rekonwalescencji.

Przeciwwskazaniem do wykonania litolapaksji jest przedewszystkiem dysproporcja pomiędzy wielkością kamienia a pojemnością pęcherza. Należy wyłączyć jednakże pęcherz skurczony. W przypadku takiej dysproporcji ruchy przyrządu w pęcherzu stają się niemożliwe. Naogół więc pęcherz o pojemności niżej 125 cm^3. z dużym kamieniem nie daje się do litolapaksji.

Drugim przeciwskazaniem jest kamień o jądrze twardym (ciało obce), nie dającem się rozkruszyć, szczególnie o ile chodzi o jądro metaliczne.

Wreszcie wyłączyć należy tych chorych, u których przyrządy nie mogą się dostać do pęcherza.

B. C.

Th. FAHR. **Zanik brunatny mięśnia sercowego a niedomoga serca.** (Klin. Wochenschrift, Nr. 15. r. 1929. str. 693).

Nie opisywano dotychczas samoistnych obrazów chorobowych niedomogi serca, której morfologicznym podkładem byłby zanik brunatny mięśnia sercowego. Autor podaje dwa przypadki, które wskazują, że tego rodzaju niedomoga serca jest możliwa.

Przypadek I dotyczy mężczyzny 37-io letniego, który zmarł nagle. Leczył on się od paru miesięcy z powodu urazu prawego kolana. Na sekcji, prócz miejscowych zmian w miejscu urazu, znaleziono: zanik brunatny mięśnia sercowego i przetrwałą grasicę. Przyczyną zejścia śmiertelnego była niewątpliwie niedomoga serca, uwarunkowana daleko posuniętym zanikiem brunatnym. O niedomodze spowodowanym stanem grasiczo-chłonnym, nie mogło być tu mowy, gdyż, nie znaleziono swoistych zmian w sercu — skupień limfocytów wśród pęczków mięśni.

Przyp. II dotyczy 60-io letniego mężczyzny, również zmarłego nagle. Na krótko przed śmiercią leczył się on z powodu urazu głowy po wypadku samochodowym. Na sekcji znaleziono jedynie znaczny zanik brunatny mięśnia sercowego. Zmian w mózgu, jak również zaników starczych w żadnym narządzie nie znaleziono.

F. przypuszcza, że w obu przypadkach zanik brunatny mięśnia sercowego spowodował niedomogę serca. Zanik ten był wynikiem wadliwej przemiany materji.

DANTRELLE i SHADAN. **Przeszczepianie chrząstki ze skrzydeł nosa do oczodołu.** (Annales d'oculistipue. XII 1928 r.)

Dążenie do dobrego wyglądu zewnętrznego górnej powieki, oraz do lepszego ustawienia protezy po wyłuszczeniu gałki ocznej już istniało oddawna. Wstrzykiwano pod spojówkę parafinę: zaszywano pod spojówkę szklane, metalowe kulki a nawet zwierzęce gałki oczne. Prawie zawsze po takim zabiegu następowały powikłania. Kawałki ścięgna wołowego, albo też chrząstki wołowej, jako tkanki martwe nie dawały dobrego wyniku. Kawałki tłuszczu, szczepione do oczodołu bardzo prędko wsysały się. Lepsze wyniki osiągano przy szczepieniu do oczodołu kawałków chrząstki żeber, — ale wycinanie ich było zabiegiem dość skomplikowanym. Autor proponuje szczepienie chrząstki ze skrzydeł nosa. Zabieg składa się z 3 części: 1) Wyłuszcza się gałkę oczną w ten sposób, że przed obcięciem mięśni prostych przez ścięgno każdego z nich przeciąga się szew ketgutowy. 2) Po uprzedniem znieczuleniu wycina się dwa

kawałki chrząstki ze skrzydeł nosa, które składa się razem i przeszywa czarnym jedwabiem. 3) Szwy ketgutowe (z mięśni prostych) przeszywa się przez brzegi chrząstki. Przecina się szew z jedwabiu czarnego. Następnie zszywa się spojówkę. Zabiegu tego nie należy robić w zapaleniu współczulnem, przy bolesnych gałkach i w chronicznych chorobach nosa. Kawałki wyciętej chrząstki bardzo rzadko ulegają obumarciu. Nos przy tym zabiegu nie zostaje zniekształcony.

Hindes.

(Przedr. z Warsz. Czas. Lek.)

Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych.

z dnia 20 maja 1929 r.

o detalicznej sprzedaży substancyj i przetworów odurzających.

Na podstawie art. 2 ustawy z dnia 22 czerwca 1923 r. w przedmiocie substancyj i przetworów odurzających (Dz.U.R.P. Nr. 72 poz. 559) i § 1 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 18 stycznia 1924 r. w przedmiocie rozdziału kompetencji Ministra Zdrowia Publicznego (Dz. U. R. P. Nr. 9. poz. 86) zarządzam co następuje:

§ 1. Do detalicznej sprzedaży względnie wydawania środków odurzających, przeznaczonych do celów leczniczych, uprawnione są wyłącznie apteki publiczne, domowe apteki lekarzy, oraz takie apteki zakładowe, które pozostają pod zarządem osób, uprawnionych do zarządu normalnemi aptekami publicznemi.

Przez środki odurzające rozumie się substancje i przetwory odurzające, wymieniome w ust. 1 art. 1 ustawy z dnia 22 czerwca 1923 r. (Dz. U. R. P. Nr. 72, poz. 559), pochodne tych substancyj, które na podstawie przepisów tegoż ustępu będą uznane za wywołujące szkodliwe skutki dla zdrowia, ich przetwory, oraz te substancje i ich przetwory, które na podstawie ustępu 2 tegoż artykułu będą uznane za podobnie szkodliwe.

Przez sprzedaż (wydawanie) detaliczną rozumie się zbyt środków odurzających bezpośrednim spożywcom bądź lekarzom, lub lekarzom wyterynaryjnym, do osobistego stosowania ich w praktyce.

§ 2. Apteki mogą wydawać środki odurzające jedynie za receptą lub na pisemne zapotrzebowanie lekarza lub lekarza weterynaryjnego, uprawnionych do wykonywania praktyki.

Z wyjątkiem wypadku, przewidzianego w § 6, apteki nie mają prawa do powtórnego wydawania środków odurzających za tą samą receptą.

§ 3. Lekarze i lekarze weterynaryjni mogą zapisywać środki odurzające wyłącznie dla celów leczni-

czych i tylko w granicach dozwolonej im praktyki.

Recepty na środki odurzające powinny być zawsze pisane czytelnie i powinny zawierać: imię, nazwisko i adres zapisującego, imię i nazwisko chorego, ilość środka odurzającego oraz dokładny sposób użycia, a w receptach lekarzy weterynaryjnych ponadto imię i nazwisko właściciela chorego zwierzęcia i rodzaj tego ostatniego.

Lekarze i lekarze weterynaryjni mogą wystawić zapotrzebowania na środki odurzające tylko w celu otrzymywania tych środków do osobistego przez nich samych stosowania chorym. Zapotrzebowania te, oprócz nazwy i ilości środka, powinny zawierać: a) podpis zapisującego, b) jego adres, c) datę i d) napis „do stosowania we własnej praktyce".

Wydawanie z aptek środków odurzających na recepty względnie zapotrzebowania, nieodpowiadające postanowieniom niniejszego paragrafu, jest wzbronione.

§ 4. O ile zarządca apteki nie ma zupełnej pewności, czy osoba, która zapisała receptę lub wystawiła zapotrzebowanie na środki odurzające, posiada do tego uprawnienia, bądź też jeżeli ma wątpliwości, czy recepta bądź zapotrzebowanie są autentyczne, powinien zwrócić się o wyjaśnienie do właściwej powiatowej władzy administracji ogólnej.

§ 5. Apteki upoważnione są do wydawania bez recepty: a) kropli Inoziemcowa (Guttae Inoziemzovi) oraz nalewki makowcowo-będźwinowej (Tinctura Opii benzoica), jednakże tylko w ilości, nieprzekraczającej 20 gramów, oraz b) nalewki makowcowej zwyczajnej (Tinctura Opii simplex), jednak w ilości, nieprzekraczającej 2,5 grama, a tej ostatniej tylko w razach nagłych, kiedy udanie się do lekarza musiałoby znacznie opóźnić przyniesienie ulgi choremu.

Wydając te środki, apteka powinna udzielić pouczenia o sposobie ich użycia.

§ 6. Apteki upoważnione są do dwukrotnego powtórnego wydania przeznaczonych do wewnętrznego użytku lekarstw, zawierające środki odurzające, o ile w skład tych lekarstw wchodzi:

a) nie więcej, niż 20% nalewki makowcowej zwyczajnej lub szafranowej (Tinctura Opii simplex i Tictura Opii crocata).
b) nie więcej, niż 1% wyciągu z makowca (Extractum Opii siccum),
c) nie więcej, niż 2% makowca w proszku (Opium pulveratum).
d) nie więcej, 0,2% morfiny lub jej soli,
e) nie więcej, niż 25% nalewki z konopi indyjskich (Tinctura Canapis Indicae),
f) nie więcej, niż 0,3% wyciągu z konopi indyjskich (Extraktum Cannapis Indicae),

i pod warunkiem, że zostały one zapisane w mieszaninach z innemi substancjami działającemi oraz w ilości, wystarczającej na okres nie dłuższy, niż siedem dni.

Lekarstwa te mogą być wydawane powtórnie tylko po upływie takiego okresu czasu, jaki nie nasuwa wątpliwości, iż lekarstwo przed jego powtórzeniem mogło być w ilości zapisanej właściwie zużyte.

§ 7. Apteki powinny zatrzymywać recepty i zapotrzebowania (§ 2) na wydane środki odurzające, a do wydanego lekarstwa dołączać odpis recepty lub zapotrzebowania. Odpis ten powinien odpowiadać ogólnym postanowieniom, podanym w przepisach, normujących sposób wydawania z aptek środków leczniczych, z tem jednak, że w przypadkach, przewidzianych w § 6 niniejszego rozporządzenia, na odpisie, wydanym przy pierwszem względnie drugiem powtórzeniu, powinno to być w sposób następujący oznaczone: „pierwsze", względnie „drugie powtórzenie".

Zatzymanie recepty i zapotrzebowania, a przy powtórzeniach poprzednie odpisy, apteki powinny przechowywać w ciągu lat 3-ch, zaopatrując je datą wydania lekarstwa i numerem ogólnej kolejności wydawanych na wszystkie recepty lekarstw.

§ 8. Zarządca apteki obowiązany jest prowadzić specjalne sznurowe książki kontroli przychodu i rozchodu poszczególnych środków odurzających z kolejno numerowanemi stronami, zaopatrzone w pieczęć powiatowej władzy administracji ogólnej.

W książce tej należy notować:

a) datę otrzymania zakupionych względnie przyrządzonych we własnem laboratorjum środków odurzających,
b) imię i nazwisko sprzedawcy i dokładny jego adres, względnie oznaczenie pochodzenia z własnego laboratorjum,
c) ilość zakupionych względnie przyrządzonych we własnym laboratorjum środków,
d) datę wydania,
e) podstawę wydania,
f) kolejny numer recepty,
g) ilość, wydaną za receptą lub zapotrzebowaniem, ewentualnie ilość, użytą do przeróbki we własnym laboratorjum,
h) imię i nazwisko chorego lub właściciela zwierzęcia, ewentualnie nazwę przetworu, do którego przygotowania zużyto środek odurzający.

§ 9. Środki odurzające powinny być przechowywane w aptekach stale pod zamknięciem.

§ 10. Zarządcy aptek obowiązani są najpóźniej do dnia 28 lutego każdego roku przesłać do właściwego urzędu wojewódzkiego, a w m. st. Warszawie do Komisarjatu Rządu dokładny wyciąg z książek kontroli (§ 8), obejmujący przychód wszystkich otrzymanych z poza własnego laboratorjum środków odurzających.

§ 11. W dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia wszyscy zarządcy aptek obowiązani są wpisać do książek kontroli (§ 8) całą ilość posiadanych w tym terminie środków odurzających.

§ 12. Winni naruszenia przepisów niniejszego rozporządzenia u-

legną karze stosownie do przepisów ustawy z dnia 22 czerwca 1923 r. w przedmiocie substancyj i przetworów odurzających (Dz. U. R. P. Nr. 72, poz. 559).

§ 13. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie w miesiąc po ogłoszeniu.

Jednocześnie traci moc obowiązującą rozporządzenie Ministra Zdrowia Publicznego w przedmiocie sprzedaży kokainy w aptekach i składach materjałów aptecznych z dnia 31 marca 1920 r. (Dz. U. R. P. Nr. 36, poz. 201).

Minister Spraw Wewnętrznych:

Sławoj Składkowski.

Z życia Związku.

Nasz Oddział w Lublinie otrzymał następujące pismo:

WOJEWODA LUBELSKI
WYDZIAŁ
ZDROWIA PUBLICZNEGO
Nr. 1199/2/Z

Lublin dnia 4 czerwca 1929 r.

Przedmiot:
W sprawie felczerów w Kasach Chorych.

Do

ODDZIAŁU CENTRALNEGO ZWIĄZKU FELCZERÓW
w Lublinie, ul. 1 Maja 38.

W odpowiedzi na podanie z dnia 17-IV komunikuję: Kasa Chorych w Lublinie istotnie nie zatrudnia w swych ambulatorjach felczerów. Jednak czynności felczerskie wykonywane są przez wykwalifikowane dyplomowane sanitarjuszki, co nie sprzeciwia się obowiązującym przepisom. Nie jest przeto możliwe wydanie zarządzenia, aby Kasy Chorych przyjmowały na stanowiska pomocnicze tylko felczerów. Sprawa ta musi być traktowana idywidualnie, jak zwykła umowa między dwiema umawiającemi się stronami.

Co się tyczy szczepienia ospy ochronnej, to Ustawa o uprawnieniach felczerskich nadaje te prawa felczerom, jednak szczepienie ospy jest zabiegiem, który wykonywać mogą nie

tylko felczerzy, ale każda osoba, która może wylegitymować się z nabycia tej umiejętności na właściwych a miarodajnych kursach, o czem każdorazowo decydować są powołane władze sanitarne. W tych wypadkach przeto interwencja może mieć miejsce w tych tylko wypadkach kiedy zostanie stwierdzone, że szczepienia wykonywa osoba nieposiadająca zaświadczenia o odbyciu odpowiedniego kursu.

Podpisał: za Wojewodę /—/ *D-r Kujawski.*
Naczelnik Wydziału.

W odpowiedzi na to Zarząd Główny Centralnego Związku Felczerów skierował do Departamentu Zdrowia zapytanie o treści poniższej:

Do

Departamentu Służby Zdrowia

Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

W załączeniu przesyłamy odpis pisma, wystosowanego przez Wydział Zdrowia Woj. Lubelskiego dnia 4 czerwca r. b. za № 1199/2/Z do Zarządu Oddziału Związku Felczerów w Lublinie na skutek podania Zarządu Oddziału do Województwa o interwencję w Pow. Kasie Chorych w sprawie niezatrudniania tamże felczerów. Pismo powyższe zmusza nas do złożenia Departamentowi Służby Zdrowia swych spostrzeżeń w poruszanej sprawie przez Wydział Zdrowia Woj. Lubelskiego. Wydział Zdrowia Woj. Lubelskiego zgadza się na to, że czynności felczerskie w Kasie Chorych w Lublinie są wykonywane przez sanitarjuszki i twierdzi, że nie jest to sprzeczne z obowiązującemi przepisami.

Śmiemy twierdzić, że do wykonywania wszelkich czynności leczniczych trzeba mieć upoważnienie ustawowe. Skoro istnienie ustawy felczerskiej jest wyraźnie traktowane jako wyjątek od ogólnego uprawnienia lekarzy do leczenia, wyjątek interpretowany przez władze administracyjne ograniczająco, to przecież niepodobna uczynić z tego taki wniosek, jak to uczynił Wydział Zdrowia, że pewne czynności t. zw. felczerskie mogą być wykonywane przez sanitarjuszki, gdyż nie jest to sprzeczne z ustawami. Prawo sanitarne jest prawem publicznem i kwestja powierzenia komuś wykonywania pewnych czynności leczniczych nie może być potraktowane indywidualnie zwykłą umową, jak to orzeka Woj. Lubelskie.

Tak samo szczepienia ospy nie może dokonywać każdy. Czynność ta Ustawą z dnia 1 lipca 1921 r. (Dz. Ustaw Nr. 164/21 poz. 396) została powierzona felczerom. Dyplomowane sanitarjuszki mogą szczepić ospę tylko pod kierownictwem lekarza. Niepodobna również z tego wyprowadzić wniosek, że sanitarjuszki po ukonczeniu kursów mogą samodzielnie szczepić ospę i nieznaną nam jest ustawa, którąby podobne uprawnienia dla sanitarjuszek przewidywała.

Ponadto zauważamy, że daleko idąca interpretacja ustaw sanitarnych przez Woj. Wydział Zdrowia w Lublinie widocznie nie jest jednakowoż oparta na przepisach prawa sanitarnego, gdyż w omówionym piśmie nie znajdujemy nigdzie powołania się na jakąkolwiek ustawę.

Uprzejmie prosimy Departamet Służby Zdrowia o wydanie odpowiednich wyjaśnień celem spowodowania właściwej interpretacji ustaw sanitarnych przez Wydział Zdrowia Woj. Lubelskiego.

Za Przewodn. Sekretarz
(—) *Al. Krawczyk* (—) *St. Galuba*

KASA CHORYCH M. WARSZAWY
Biuro Admin. Lecznicze
Polna Nr. 30
Nr. 17959/L.

Warszawa, dnia 5 Sierpnia 1929 roku

Do Centralnego Związku Felczerów R. P.
Zarząd Główny w/m ul. Złota Nr. 30

W odpowiedzi na pismo z dnia 9 lipca r. b. wręczone mi przez delegatów Związku Felczerów, mam zaszczyt zakomunikować, że Kasa Chorych m. Warszawy posiada liczny personel sanitarny pomocniczy, jako to pielęgniarki, sanitarjuszki, felczerów i sanitarjuszy.

Na etatowe stanowiska felczerów przyjmowani są jedynie felczerzy, posiadający odpowiedni cenzus ustawowy i zarejestrowani w Urzędzie Zdrowia Komisarjatu Rządu — stanowiska zaś sanitarjuszy zajmują w znacznej części studenci lub absolwenci medycyny. — Stan ten jest zgodny z przepisami. — Kwalifikacje osób, zajmujących stanowiska felczerów będą sprawdzone.

Podpisał
Komisarz /—/ *K. Rożnowski.*

(Uwagi Red.). My posiadamy wiadomości inne. Wiemy, że na stanowiskach felczerskich obsadzani są niefachowcy. W każdym bądź razie oczekujemy zapowiedzianego przez Komisarza sprawdzenia dyplomów.

Zebranie Zarządu Głównego.

W niedzielę dnia 29 września r. b. odbyło się ponowne posiedzenie Zarządu Głównego C. Z. F. R. P. z udziałem prezesów Oddziałów. Na porządku dziennym była debata nad projektem typowej umowy zbiorowej, zawieranej przez Związek Felczerów z Kasami Chorych oraz dyskusja nad rozporządzeniem Msp. wew. o handlu środkami odurzającemi. W dyskusji zgłoszono cały szereg poprawek do projektu umowy zbiorowej. Co do rozporządrzenia o handlu środkami odurzającemi zostało wyjaśnione, że rozporządzenie to w niczem nie narusza obowiązujące felczerów przepisy o farmakopei.

Z żałobnej karty.

Ś. † P.

Kol. BEDNARSKI STANISŁAW



członek Oddziału Kaliskiego C.Z.F., naczelnik Oddziału Ochotniczej Straży Ogniowej w Kleczewie, członek Stow. Rzem. Chrześcijan, członek-sekretarz Kas Stefczyka, zmarł w Kleczewie w dn. 12 lipca r. b. przeżywszy lat 37.

Niech mu ziemia lekką będzie.

Kronika.

Wiceminister w Min. Pracy i Opieki Społ.

Opróżnione od szeregu lat stanowisko wiceministra w Min. Pracy i Opieki Społ. zajął w tych dniach mianowany przez Prezydenta Rzpltej gen. dr. Hubicki, Komendant Wojskowej Szkoły -anitarnej. Jak się dowiadujemy nominacja ta jest w związku z projektowanem przeniesieniem Departamentu Zdrowia do M. P. i O. S. W ten sposób sprawy felczerów byłyby skoncentrowane w jednym Ministerstwie.

Nadesłane

Do Redakcji „Przeglądu Felczerskiego" Warszawa, Złota 30. Szanowny Panie Redaktorze! W № 48 poczytnego pisma „Młoda Matka", w artykule pod tytułem „O podcinaniu języka" autor — Dr. P. Baumryter nieświadomie, czy też w poczuciu bezkarności użył zwrotów, czyniących ujmę zawodowi felczerskiemu, którego mam zaszczyt być przedstawicielem. Sądzę, że Sz. Doktór słyszał o Ustawie Sejmowej z dn. 1 lipca 1921 r. (Dz. Ustaw Rp. № 64, poz 396), która uprawnia felczerów do wykonywania zabiegów w zakresie małej chirurgji, więc do „podcinania języczków" felczerzy są „rękami powołanemi". Zarzut, że „czystość nie zawsze bywa dostatecznie przestrzeganą" jest poprostu gołosłowny. Mam wrażenie, że autor miał tylko styczność z t. zw. pseudo felczerami (są i tacy), osobnikami bez żadnych szkół i dyplomów, lecz obowiązkiem jego jest donieść o ich sztuczkach właściwej władzy. Lubię przeglądać „Młodą Matkę", gdyż umieszcza b. pożyteczne artykuły nie tylko dla matek, a żona moja jest stałą prenumeratorką, lecz metody stosowane dla dyskredytowania pomocników lekarzy — felczerów, nie przynosząc żadnej korzyści, prenumeratorów, „Młodej Matce" nie przysporzą. — Felczer Stanisław Iskrzycki. Jędrzejów - Kielecki, ulica 11-go Listopada 48. Dnia 19 września 1929 roku.

Wydawca: Zarząd Główny C.Z.F.R.P. — Warszawa. Redaktor: Aleksander Krawczyk.